

HEMOS VERIFICADO SU SOLICITUD

Escuela: _____ Fecha: _____

Estimado/a _____:

Hemos verificado la información que nos envió para comprobar que **[name(s) of child(ren)]** reúnen los requisitos para recibir **alimentos** gratuitos o a precios reducidos y hemos decidido que:

- No ha cambiado la elegibilidad de sus hijo(s).
- A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir **alimentos** cambiará de **precios reducidos a gratuitos** porque sus ingresos están dentro de los límites de elegibilidad para recibir **alimentación** gratuita. Sus hijos recibirán **alimentos** sin costo alguno.
- A partir del **[date]**, la elegibilidad de sus hijos para recibir **alimentos** cambiará de **gratuitas a precios reducidos** porque sus ingresos están por encima de los límites de elegibilidad para recibir **alimentos** gratuitos. Los **alimentos** a precios reducidos cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno.
- A partir del **[date]**, **sus hijos no serán elegibles** para recibir **alimentos** gratuitos o a precios reducidos por este(estos) motivo(s):
 - ___ **Su declaración** indican que ningún miembro de su unidad familiar recibe beneficios de los programas **SNAP** o **TANF**.
 - ___ **Su declaración** indican que los niños no están desamparados, en fuga o son migrantes.
 - ___ Sus ingresos exceden de los límites para recibir **alimentos** gratuitos o a precios reducidos.
 - ___ No proporcionó: _____
 - ___ No respondió a nuestra solicitud.

Los **alimentos** cuestan **[\$]** por el almuerzo y **[\$]** por el desayuno. Si los ingresos de su unidad familiar se reducen o el tamaño de la unidad familiar aumenta, puede volver a solicitar. Si le denegaron los beneficios anteriormente porque ningún miembro de la unidad familiar recibía beneficios de los programas **SNAP**, **TANF** o **FDPIR**, puede volver a solicitar según los ingresos. Si no suministró prueba de la elegibilidad actual, le pedirán que lo haga si vuelve a solicitar.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede hablar de con **[name]** al **[phone]**. También tiene derecho a una audiencia justa. Si solicita una audiencia a más tardar el **[date]**, sus hijos continuarán recibiendo comidas gratuitas o a precios reducidos hasta que el funcionario de la audiencia tome la decisión. Puede solicitar una audiencia si llama o escribe a: **[name]**, **[address]**, **[phone number]**, o **[e-mail]**.

Atentamente,

[Firma]

Declaración de no discriminación: Explica qué hacer si cree que lo han tratado de manera injusta. "De conformidad con el derecho federal y con la política del Departamento de Agricultura de EE.UU., se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame gratuitamente al (866) 632-9992 (voz). Las personas con impedimentos de audición o discapacidades del habla se pueden comunicar con el USDA por medio del servicio de retransmisión federal (Federal Relay Service) al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos".

Declaración de No-Discriminación: De acuerdo con la ley Federal y la política del Departamento de Agricultura, está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación, por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA no discrimina en sus programas y empleo.